

## **INFORME DE PROGRAMAS IMPLEMENTADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR EN EL PERIODO 2011 – 2013**

### **Antecedentes del Sistema Nacional de Salud:**

En el Ecuador por varios años el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado, y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la preminencia del enfoque biologista, curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. En este sentido, las políticas económicas implementadas hasta el año 2007, fueron de corte neoliberal dando poco énfasis en el fortalecimiento del sector social como son salud y educación.

Esto conllevó a profundizar la inequidad en el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales en situación de pobreza y extrema pobreza, siendo marcadas las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural, económico; es así que el gasto directo de bolsillo en el país representó casi el 50 por ciento en las economías de las familias ecuatorianas.

A pesar del reconocimiento acerca de la importancia de que los servicios de salud se encuentren organizados por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede resolver más del 90 por ciento de los problemas de salud, en el sector público han estado debilitados por los bajos presupuestos, el abandono de los establecimientos, la escases e inestabilidad laboral del personal, estos factores incidieron en una limitada capacidad resolutive y la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población en el sistema nacional de salud público.

De igual manera, el tercer nivel de atención en el sector público, sufrió el embate del progresivo desmantelamiento de los servicios públicos, expresados en la falta de recursos y la baja calidad del gasto por la debilidad en los procesos de supervisión y control. Además la situación se complicó por la ausencia de un sistema integrado de información que permita obtener datos reales necesarios para la planificación, toma de decisiones y monitoreo de los resultados sanitarios y de gestión.

Estos factores conllevaron a que en el área de talento humano en salud exista poca formación de especialistas, migración de profesionales a países de la región, aumento de la brecha de profesionales, altos índices de deserción universitaria, conflictos laborales, inestabilidad laboral, entre otros.

A partir del año 2008 con la promulgación de la Constitución de Republica elaborada en la ciudad de Montecristi, como resultado de un mandato popular en el que se solicitaba mayor atención a las áreas sociales, tales como educación, salud y vivienda; el Sistema Nacional de Salud inicio un proceso de reforma con nuevos retos y necesidades que devienen adicionalmente de un

cambio en la política económica, pasando del neoliberalismo al socialismo del siglo XXI, lo que conlleva un énfasis por parte del gobierno central a fortalecer los sectores sociales. Los desafíos para los siguientes años consistían en cambios profundos como es la gratuidad, universalidad, rectoría por parte del Estado, cambiar el enfoque curativo a un enfoque preventivo, integración de la prestación pública y privada, entre otros.

En cuanto al perfil epidemiológico, el país experimentó un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales y los vinculados al deterioro ambiental.

En el 2009, en el país se reportaron 59.714 defunciones lo que arrojó una tasa de mortalidad de 4.26 muertes por cada mil habitantes, hasta el 2011 se mantuvo en un porcentaje de 4.3, momento en el que bajó hasta 4.1 y entre las primeras causas de muerte están en orden de frecuencia, la diabetes mellitus, enfermedades cerebro vasculares, accidentes de transporte, enfermedad hipertensiva, influenza y neumonía, las enfermedades isquémicas del corazón, violencia, insuficiencia cardíaca, cirrosis, cáncer de estómago. (MSP, INEC. 2010). En el caso de la morbilidad las principales causas son debidas a procesos asociados con el deterioro y la privación en el consumo de los bienes y valores básicos para sobrellevar la vida en condiciones adecuadas. Entre las principales causas de egreso hospitalario están la diarrea y gastroenteritis infecciosas, neumonía, coleditiasis, aborto no especificado, apendicitis aguda, hernia inguinal, falso trabajo de parto, traumatismo intracraneal (MSP, INEC. 2010).

Los casos de mortalidad infantil bajaron notablemente; se muestran en los resultados de la mejora en los accesos a los servicios de salud y de intervenciones de las nuevas políticas de salud, por lo cual son un indicador esencial al momento de valorar un estado situacional del sector; la tendencia de la década 2000 – 2010 de las tasas de mortalidad neonatal e infantil ha sido decreciente. Las políticas de salud pública tomadas para este logro, especialmente en el periodo 2007 – 2011, han estado orientadas a ampliar la cobertura y tomar acciones para la erradicación de la desnutrición infantil. La tasa de mortalidad neonatal del 2005-2006 al 2010 bajo del 20,4 al 14,8. La tasa de mortalidad infantil en menores de un año del 2005-2006 al 2010 bajo del 14,7 al 11,0. La tasa de mortalidad de la niñez en menores de 5 años del 2005-2006 al 2010 bajo del 8,4 al 6,3.

Los problemas nutricionales son en el país un problema de salud pública, tanto la desnutrición como el sobrepeso, que en los últimos años se han incrementado y tienen una clara relación con las condiciones de vida, el acceso a alimentos y patrones de consumo. En este sentido, la desnutrición crónica afecta fundamentalmente a niños y niñas indígenas, a la población que habita en zonas rurales donde hay mayores índices de pobreza. (ENDEMAIN ECV 2006). En el país si bien es cierto se encuentra en marcha la medición, no existe información actualizada sobre los problemas nutricionales, sin embargo,

es importante considerar que los problemas de sobrepeso y obesidad se han incrementado de manera alarmante sobre todo en mujeres en edad fértil y población adulta mayor (ENDEMAIN 2004). Relacionado a esto, en el país menos del 50% de niños y niñas menores de un año son alimentados con leche materna hasta los 3 meses de edad. (Freire, Wilma. 2011).

El VIH-SIDA también es uno de los problemas de salud pública que preocupa al país, el mejoramiento del sistema de registro y la oferta de tratamiento para el VIH-SIDA ha permitido evidenciar que este es un problema que tiene una tendencia creciente.

Las relaciones y concepciones de género inciden en riesgos diferenciales para mujeres y varones, al comparar las principales causas de mortalidad y morbilidad según sexo, se evidencia que en varones las relacionadas a accidentes y violencia tienen un peso muy importante, mientras que en las mujeres los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva son más evidentes (ENDEMAIN 2006). Merece especial atención el alto porcentaje de embarazos en adolescentes por el impacto en las condiciones de vida y salud de este grupo poblacional.

La salud mental y los riesgos ambientales (*se entienden por medio ambiente el entorno o suma total de todo aquello que nos rodea y que afecta y condiciona las circunstancias de vida de las personas o la sociedad en conjunto. Se refiere a la contaminación socio cultural y psicosocial, en la que incluiríamos la dependencia, violencia, estrés, competitividad. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Canada 1978*) son en la actualidad condiciones y problemas que deben suscitar la atención prioritaria del sector salud. Tal es así que la violencia hacia la mujer, el maltrato infantil y los suicidios consumados constituyen problemas de salud pública por la alta frecuencia en que se producen y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social. Por otro lado, los indicadores a nivel nacional no reflejan las profundas disparidades a nivel territorial y la situación de desventaja de grupos poblacionales en situación de pobreza y de los pueblos y nacionalidades indígenas y afro-ecuatoriana que constituyen el 11% de la población del país.

Dentro de las reformas mencionadas a partir de la Constitución de la República del año 2008, se instaura en el manejo gubernamental del país el “Sumak Kawsay” o el “Buen Vivir”, que constituye en un concepto de la filosofía política que toma su nombre un antiguo término amerindio andino y se refiere a un estilo de vida que promueva los llamados derechos económicos, sociales y culturales y relaciones más sustentables con la naturaleza, de una forma distinta a cómo los promueve el modelo desarrollista; por ende la orientación ética y política que marca el accionar del Estado y sus instituciones, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se expresa entre otros aspectos en un incremento importante del presupuesto.

En cinco años la inversión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador pasó de menos de 600 millones de dólares en el año 2006 a 1400 millones de dólares en el año 2011. En el año 2011 el presupuesto asignado al sector salud para cada ecuatoriano fue de 96,66 valores que se ha multiplicado más de diez veces desde el año 2000 que fue de 9,36. La asignación en salud per cápita refleja crecimientos acentuados entre los periodos 2007-2008 y 2009-2011, coincidentes con el crecimiento de ingresos presupuestarios.

A pesar de la crisis financiera de los años 2008 y 2009, resalta que es, justamente, a partir del 2007 cuando el monto del sector salud respecto del PIB tuvo crecimiento considerable:

2007 PGE SECTOR SALUD (codificado): 723.467.129  
2008 PGE SECTOR SALUD (codificado): 969.024.637  
2009 PGE SECTOR SALUD (codificado): 983.238.829  
2010 PGE SECTOR SALUD (codificado): 1239.909.243  
2011 PGE SECTOR SALUD (codificado): 1475.673.902

En concordancia con el Mandato Constitucional, se establece la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención pública de salud. Al ser la salud uno de los elementos más sensibles para el mejoramiento de la calidad de vida, la transformación del sector se constituye en un eje prioritario del desarrollo del país.

El logro de la transformación propuesta implica superar la deuda histórica que tiene el país con el sector salud y cambios profundos en la institucionalidad y las modalidades de prestación de servicios, que requieren estrategias de intervención de corto, mediano y largo plazo para fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

En una primera etapa se intervino en el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de Salud Pública, con la finalidad de incrementar la cobertura de atención y disminuir el alto gasto para la recuperación de la salud de las familias ecuatorianas. Se inició además con el fortalecimiento del primer Nivel de atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y la constitución de los Equipos Básicos de Salud (EBAS).

La política de gratuidad y la inversión en unidades del Ministerio de Salud Pública, incidieron en un incremento significativo de las coberturas de atención, es así que *el número de atenciones de morbilidad, preventivas, odontológicas y de emergencia se incrementaron en un porcentaje de 171%, pasaron de 14.372.251 en el 2006 a 34.631.099. Si bien el mayor número de atenciones son de morbilidad, también las atenciones preventivas tuvieron un incremento significativo.*

*La cobertura del parto institucional alcanzo en el año 2010 el 85.7% frente al 80.8% registrado en el año 2005. La gratuidad de los medicamentos también incremento sustancialmente el número de recetas entregadas a las y los usuarios de las unidades del MSP. La inversión en medicamentos desde el*

*2008 al 2011 es de aproximadamente 200 millones de dólares. De igual manera, los exámenes de laboratorio que se incrementaron en un 134%, las cirugías en un 47% y los egresos hospitalarios en un 43%, de 384.000 en el 2006 a 503.315 en el año 2010. Estos indicadores muestran el de reposicionar los servicios públicos de salud como una alternativa para la resolución de sus necesidades.*

Otro de los grandes desafíos que se encuentran en proceso de implementación es el Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, (MAIS-FCI) incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud , así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primero, segundo y tercer nivel de atención.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.

Por tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores públicos y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.

### **Contexto de Recursos Humanos en Salud e Implementación de Programas:**

A partir de la reforma sanitaria iniciada en el año 2008, los programas y esfuerzos en materia de recursos humanos en salud han sido cuantiosos, llegando a un gasto en nómina del Ministerio de Salud Pública de 300 millones de dólares en el 2006 a más de 800 millones de dólares en el 2012, indicador que demuestra los avances realizados.

Como consecuencia de estos avances se puede observar que Ecuador ha puesto énfasis en el cumplimiento de sus metas regionales, es así que se encuentra en su tercera medición de los desafíos de Toronto, de los cuales se desprende que del 2007 al contar con once punto cinco profesionales de la salud por cada diez mil habitantes (11.5 x 10 mil) ha pasado a contar con dieciocho punto tres profesionales de la salud por cada diez mil habitantes (18.3 x 10 mil).

Entre los principales eventos que ha permitido lograr este cambio en la salud pública se encuentra la creación de la Dirección Nacional de Normatización de Talento Humano como parte del Ministerio de Salud Pública, siendo esta la dependencia encargada de formular políticas, emitir lineamientos, generar normativas y coordinar acciones para que la Autoridad Sanitaria pueda emitir los parámetros necesarios en el manejo de talento humano en salud.

En este contexto como parte de la reforma del Estado y con el fin de cumplir con el derecho de los ecuatorianos a un acceso universal a los servicios de salud, según lo establece la Constitución de la República; el gobierno nacional a través del Ministerio de Salud Pública ha iniciado un proceso histórico de reforma, teniendo entre sus principales pilares el Plan de Fortalecimiento de Talento Humano en Salud para las instituciones de la Red Pública y Complementaria de Salud, que se encuentra enfocado no solo en una política nacional, sino se alinea a la política internacional, con el fin de conseguir las metas propuestas en Toronto en el 2005.

Las estrategias para el Fortalecimiento del Talento Humano implementadas en los años 2011, 2012 y 2013, se resumen en acciones que en poco tiempo han mejorado considerablemente la prestación del servicio de salud y son acompañadas de la reforma en la normativa:

1. Retorno de Profesionales de la Salud "Ecuador saludable, vuelvo por ti";
2. Estabilidad Laboral;
3. Programas de formación académica profesionales de la salud;
4. Incremento Salarial y complementos adicionales por ubicación en zonas de difícil acceso;

**1.- Plan Ecuador Saludable vuelvo por ti:** El Plan "Ecuador Saludable, Vuelvo por ti" promueve el retorno de los profesionales de la Salud que se encuentran en el exterior con el objetivo fundamental de cubrir los requerimientos de las áreas críticas y regiones desabastecidas del Ecuador, brindando un servicio de salud con calidad y calidez a todos los ciudadanos ecuatorianos. Pueden acceder al plan todos los profesionales de la salud de nacionalidad ecuatoriana que deseen retornar al país e insertarse en la red pública nacional de salud. El plan está dirigido a quienes residen actualmente en el exterior y todos aquellos que hayan retornado al país.

**2.- Plan de Estabilidad Laboral:** Uno de los problemas de la Red Pública de Salud consiste en que aproximadamente el 60% de su personal presta sus servicios bajo contrato de servicios ocasionales y apenas el 40% con nombramiento, en este contexto el Ministerio de Salud Pública se encuentra ejecutando acciones para que a finales del año 2017 al menos 80% del personal de la salud, preste sus servicios bajo nombramiento definitivo.

El Plan de Estabilidad Laboral, otorgará más de 24000 nombramientos definitivos a servidores, lo que permitirá contar con personal calificado para prestar mejor atención a la ciudadanía. Se encuentran en concurso 20.503 partidas; las mismas que fueron llamadas a concurso en tres publicaciones

realizadas en el año 2012, de estas partidas corresponden a Profesionales de la salud 17.583 y Administrativos 2920.

Estas convocatorias se caracteriza por un hecho histórico; por cuanto existieron 2240 postulaciones desde el exterior y 627 personas con discapacidad.

**3.- Programas de formación académica para profesionales de la salud:** En el sistema de becas hasta el 2011 pocos accedían a ser becados por el Estado, el restante debía autofinanciar sus estudios, lo que limitaba el acceso a estudiar. Este proceso actualmente responde a un acceso por méritos y con acciones afirmativas que permite incluir a personas que pertenecen a minorías como residir en áreas rurales del país, profesionales de diferentes etnias, encontrarse en quintiles de pobreza, entre otros, en base a la resolución No. RPC-SO-013No.082-2012, emitida en abril del 2012 por el Consejo de Educación Superior para regular de manera estandarizada el ingreso a programas de especialización médica mediante concurso de merecimientos que serán aplicados por las Universidades del país.

Se está invirtiendo más 500 millones de dólares en la formación de profesionales de la salud , otorgando más de 12 mil becas hasta el año 2017 en programas de fortalecimiento académico para el primer Nivel de Atención el cual es una de las prioridades en el Ecuador, enfocándose en la formación de masiva de médicos y enfermeras familiares y de técnicos en atención primaria en salud "TAPS" al ser personas de la comunidad permitirá mejorar los planes de prevención.

Se está abordando también programas de becas para especialidades clínico y quirúrgicas para segundo y tercer nivel hospitalario.

Este programa solucionó adicionalmente un problema que llevaba 15 años sin solución, los hospitales contaban con más 400 médicos Generales en Hospitales (residentes asistenciales) que cumplían con competencias para el ejercicio de una determinada especialidad pero no lograban acceder a una beca de formación, este grupo de médicos actualmente se han convertido en estudiantes de posgrado y son un puntal para cerrar el déficit de especialistas en el MSP.

**4.- Incremento Salarial y complementos adicionales por ubicación en zonas de difícil acceso.-** Todos estos programas no habrían logrado ser atractivos para los profesionales de la salud, sino se contaba con remuneraciones justas y equitativas, que incluyen compensaciones económicas como el bono de residencia y bono geográfico; que incentivan la contratación de personal en lugares de difícil acceso.

Los profesionales de la salud que recibían un salario entre USD 930 y USD 1.590 dólares mensuales en el 2007, en la actualidad gracias al incremento salarial y de jornada laboral, aumentaron su remuneración; por ejemplo los médicos especialistas vinculados a la Red Pública de Salud en Ecuador

reciben un sueldo entre los USD 2.641 y USD 2.960 más otros beneficios que permiten alcanzar una remuneración de alrededor de USD 4.000 dólares.

## **1.- PROGRAMA ECUADOR SALUDABLE “VUELVO POR TI”:**

### **Proceso general de la implementación de programas de desarrollo de los RHS en el país: los éxitos, las principales dificultades, posibilidades de superar estos desafíos y lecciones aprendidas.**

Como se indicó anteriormente el Plan Ecuador Saludable “Vuelvo por Ti”, responde a un problema social ocurrido en el año 1999, en el cual producto de la crisis económica en el Ecuador más de un millón de personas migraron entre los cuales se encontraron profesionales de la salud; los destinos escogidos por los profesionales de la salud fueron entre los principales, Chile y España.

Por otra parte, a partir del año 2006 ante la falta de plazas para obtener una especialización médica en Ecuador los galenos se movilizan a Cuba, Argentina, Estados Unidos para estudiar un posgrado; sin embargo luego de obtener su título profesional muchos no retornaron al Ecuador.

En este contexto en el año 2012 se implementa el plan de retorno de profesionales de la salud, alineado a la política internacional emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Desafíos de Toronto, el plan Ecuador Saludable “Vuelvo por Ti”, constituye no solo una propuesta sino una política pública por cuanto en coordinación con las Carteras de estado que manejan movilidad humana, embajadas y consulados, las relaciones laborales, el registro de títulos; se realizó un trabajo coordinado con el fin de emitir normativas que logren la permanencia del plan en el tiempo.

#### **Los éxitos:**

- a) Fomentar el retorno de profesionales de la salud ecuatorianos residentes en el exterior, para fortalecer el talento humano de la red de salud pública, y así lograr cerrar las brechas, cubrir las necesidades en salud que tiene el país;
- b) Desde que comenzó el programa en septiembre del 2012 se han logrado contratar más de 700 profesionales de la salud, los mismos que están vinculados a las unidades operativas de la Red Pública de Salud, principalmente en el Ministerio de Salud Pública.
- c) Acogida por parte de los profesionales en el exterior, respuesta que entre sus principales causas tiene el interés de ser parte de la reforma sanitaria del Ecuador;
- d) El país se enriquece con la experiencia ganada en el exterior por parte de los profesionales.

**Dificultades:**

- a. La inserción laboral de médicos con estudios en el exterior ha generado un “celo” por parte de los profesionales que fueron formados dentro del país;
- b. Demoras en el financiamiento del programa, lo que genera retrasos en los primeros pagos a los profesionales;

**Posibilidades de superar estos desafíos:**

- a. Mejorar la información, capacitación, e integración es un reto para el Ministerio de Salud Pública, si bien se ha conformado una coordinación responsable del programa que monitorea y acompaña a los profesionales, se deben coordinar acciones para mejorar el clima laboral.
- b. Coordinar acciones y concienciar a las Carteras de Estado responsables del financiamiento sobre la importancia del programa con el fin de planificar y asegurar las asignaciones presupuestarias.

**Lecciones aprendidas:**

- a. Evaluar con mayor profundidad el nivel de conocimientos de los diferentes profesionales que retornan al país, puesto que el estar en el exterior no garantiza que estén preparados para trabajar en la red de salud.
- b. Se debe apoyar un proceso de reinserción laboral y social del profesional al país, ya que que la relación psicosocial de los profesionales que viven en el exterior no es igual a la de un profesional que no experimento un proceso de migración.
- c. Se debe conocer la realidad de los profesionales que viven en el exterior, puesto que no todos tienen facilidades, algunos sufren maltrato, sufren explotación, o en algunos casos sus títulos no son validados y se alejan de la práctica.

**Contribución al fortalecimiento de los RHS y / o mejorar la prestación de servicios de salud.**

- a. El talento humano en el país se ha visto beneficiado ya que al venir profesionales formados, y con experiencia en los servicios internacionales en países desarrollados pueden aplicar nuevas técnicas de atención.

- b. Aportar en el proceso de cierre de la brecha de profesionales, ya que al momento se han logrado contratar más de 700 profesionales en base a la necesidad institucional.
- c. Se ha logrado crear una conciencia de autoexigencia en los profesionales ya vinculados a la red de salud al ver que existen nuevos profesionales que se incorporan y que están interesados en formar parte del equipo de salud.
- d. Se ha logrado incorporar perfiles de alto nivel ecuatorianos y extranjeros que se encuentran ocupando posiciones de gran aporte en la política pública de salud, cargos gerenciales y diseño de programas de formación académica.

En cuanto a la mejoría en los servicios de salud aún no ha podido ser cuantificado pues el programa aún está en proceso, pero si se ha logrado observar una mejor atención, la eficiencia y efectividad del programa aumentó, el acceso a servicios ha mejorado, la satisfacción del paciente de igual forma, ha disminuido el número de reingresos y el porcentaje de servicios prestado por personal cualificado mejoró.

#### **Programas o intervenciones necesarias para avanzar en la agenda / RHS de desarrollo de políticas.**

- a. Concretar el programa de evaluación cuantitativa del programa.
- b. Fortalecer el proceso de selección con herramientas técnicas desarrolladas por sociedades científicas y universidades acorde a la especialidad.
- c. Fortalecer la inserción laboral en áreas geográficas críticas que demanda el país.
- d. Formación de médicos especialistas en el Ecuador con la ayuda de los profesionales que retornan al país.
- e. Desarrollo del personal vinculado al MSP, capacitación, actualización y desarrollo constante de los profesionales de salud.

#### **Análisis crítico y descriptivo**

La iniciativa la tuvo el Presidente de la República del Ecuador Rafael Correa en el 2008 tras una visita a Chile donde unos profesionales de la salud le propusieron que les gustaría retornar al país a trabajar, sin embargo en el año 2012 se concreta la propuesta del primer mandatario mediante la publicación del Acuerdo Ministerial correspondiente que contempla la promulgación del Plan de Retorno para profesionales de la salud.

El plan contempla el trabajo articulado entre las instituciones gubernamentales que manejan la movilidad humana y educación superior en Ecuador como la Secretaria Nacional del Migrante SENAMI, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, , Ministerio de relaciones exteriores con sus consulados y embajadas, Ministerio coordinador de conocimiento y talento humano, Ministerio coordinador de desarrollo social, Ministerio de relaciones laborales con la red socio empleo, Secretaria Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología SENESCYT, Instituto Ecuatoriano de Crédito Educativo y becas IECE Ministerio de Finanzas.

El proceso contempla Lo siguiente fue que se realizó un registro voluntario de profesionales a nivel mundial que querían regresar al país, teniendo resultados favorables.

Tras eso se realiza el lanzamiento del plan en Madrid por parte de la ministra de salud pública y otros ministros.

Actualmente se encuentra a cargo de la dirección nacional de talento humano quien lidera el plan es Margarita Ayala.

- Mejorar los procesos de selección con evaluaciones técnicas y prácticas más profundas para lo cual se está coordinando con las sociedades científicas.
- Mejorar los tiempos de respuesta en el registro y aval de títulos por parte del SENESCYT.
- Niveles de participación e inclusión por parte de centros y subcentros de salud.
- Existen brechas en el financiamiento del programa.

-

#### **f) Programa futuro de nuevas intervenciones, investigación y formación.**

- Concretar el programa de evaluación cuantitativa del programa.
- Fortalecer el proceso de selección con herramientas desarrolladas por sociedades científicas y universidades.
- Fortalecer la inserción laboral en áreas geográficas críticas que demanda el país.
- Formación de médicos especialistas en el Ecuador con la ayuda de los profesionales que retornan al país.
- Dotar de 5000 médicos familiares en el sistema de salud para fortalecer el primer nivel de atención.
- Desarrollo del personal vinculado al MSP, capacitación, actualización y desarrollo constante de los profesionales de salud.

Se realizó una encuesta semiestructurada, y los datos se recogieron con entrevista directa con la persona encuestada, y encuesta a través de E-mail.